

**ACTA DE CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN DE BIENES O SERVICIOS**ADC N° ..643-2016/16644**OBJETO**Póliza seguro médico colaboradores  
Inclusión: Hijos Silvia Melgarejo Fernandez**CONTRATISTA**

MAPFRE PERÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

**N° DE CONTRATO o N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO**

Contrato N° 012-2016

**PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO / FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES**

Del 22.09.2016 al 03.10.2016

**MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)**

S/. 224.81

**OBSERVACIONES**

Se da conformidad

**CONFORMIDAD**

Se da conformida al servicio



V° B° del Usuario

FECHA

13/10/2016